

ANNÉE 1924

THESE

346

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

LAURE JOB

Née à Creil (Oise), le 2 Juin 1897

Contribution à l'Etude Clinique

DE LA

PHYSOMÉTRIE

PENDANT LA PARTURITION

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN. 93

1924

316

346

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

34

ANNÉE 1924

THESE

N° _____

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

LAURE JOB

Née à Creil (Oise), le 2 Juin 1897

Contribution à l'Etude Clinique

DE LA

PHYSOMÉTRIE

PENDANT LA PARTURITION

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1924



I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECÈNE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE.
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J -L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgi- cale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène
I. de JONG	Anatomie pathologi- que.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expéri- mentale.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.

MM.

LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgi- cale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngolo- gie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgi- cale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgi- cale.
MONDOR	Pathologie chirurgi- cale.
MOURE	Pathologie chirurgi- cale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHET Fils	Physiologie.
ROUVIÈRE	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET	Pathologie médicale.
WELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.

MM.

RETTERER	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologi- que.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM	
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE. .	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU. . . .	Clinique chirurgicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE. .	Clinique médicale.	RATHERY	Clinique médicale.
LEREBOULLET. .	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale
LÉRI.	Clinique médicale.	TERRIEN. . . .	Clinique ophthalmologique.
LÖPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY		Stomatologie.
N.		Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THESE

M. LE PROFESSEUR A. COUVELAIRE

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Témoignage de notre admiration et
de notre respectueuse reconnais-
sance.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. DESGREZ

MEMBRE DE L'INSTITUT

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*qui n'a cessé de nous donner les
marques de la plus grande bienveil-
lance. Témoignage de notre respec-
tueuse affection.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

(1917-1924)

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

MONSIEUR LE DOCTEUR PARMENTIER

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

MONSIEUR LE DOCTEUR SIREDEY

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARFAN

M. LE DOCTEUR VALLERY-RADOT

Introduction

La physométrie (de $\varphi\acute{o}\sigma\alpha$ vent, air, et $\mu\acute{\epsilon}\tau\varphi\alpha$ matrice), au cours de la parturition, est un fait pathologique caractérisé par la présence de gaz dans la cavité ovulaire ouverte. Ces gaz sont la conséquence d'une putréfaction, d'origine polymicrobienne, le plus souvent anaérobie (*B. perfringens*, staphylocoque parvulus), quelquefois mixte aéro-anaérobie (streptocoque coli-bacille) (1).

Cliniquement la physométrie se présente sous deux aspects, différant suivant la quantité de gaz contenue dans l'utérus :

1^o *Grande quantité de gaz* : ces symptômes sont décrits dans la thèse de Mallet (Paris, 1908). Nous les résumons brièvement :

- a) Augmentation rapide de la hauteur utérine;
- b) Sonorité du fond utérin ou crépitation gazeuse perçue, à travers la paroi abdominale, en palpant l'utérus;
- c) Bruits de détonation dûs à l'échappement de gaz par la vulve, échappement spontané ou provoqué par un toucher.

(1) JEANNIN. — Th., Paris 1902.

2° *Petite quantité de gaz* : la sonorité du fond utérin et la crépitation gazeuse manquent. Le tableau clinique est celui d'une infection amniotique banale : lenteur du travail, liquide amniotique fétide, dilatation stationnaire avec œdème du col. Hyperthermie. Pouls rapide. Souffrance fœtale. Souvent l'état de la mère ou de l'enfant commande la terminaison de l'accouchement, et, au cours des manœuvres intra-ovulaires de l'extraction, on remarque l'issue de quelques gaz, ou bien le liquide qui s'écoule derrière le fœtus contient des bulles de gaz. C'est à ce moment, seulement, que le diagnostic de physométrie est posé.

Au cours de notre stage à la clinique Baudelocque, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs femmes atteintes de physométrie, de les observer pendant le travail et pendant les suites de couches.

Il nous a été donné de constater que l'évolution de ces cas de physométrie est extrêmement variable. A côté de morts rapides, dans les heures qui suivent l'entrée à l'hôpital, nous avons vu des morts tardives, au 44^e, au 67^e jour, mais nous avons vu aussi des guérisons simples, sans complication, au 15^e jour.

C'est sur le conseil de notre maître, M. le P^r Couvelaire, que nous avons pris pour sujet de notre thèse l'étude des observations de physométrie de 1890 à 1923, afin d'y rechercher les éléments capables d'aider à l'établissement du pronostic et de la conduite à tenir en face d'un cas de physométrie. Les examens bactériologiques et anatomo-pathologiques manquent ou sont incomplets dans un grand nombre de nos observations. Ceux qui ont été faits

ne sont pas assez nombreux pour permettre d'en tirer des conclusions instructives.

C'est donc sur un terrain purement clinique que nous nous placerons pour rechercher les éléments capables, d'une part, de fixer le pronostic, et, d'autre part, de nous aiguiller en vue du choix de la conduite à tenir qui, comme nous le verrons, peut varier suivant les cas.

Quel est le sort des enfants de femmes ayant présenté de la physométrie ?

Dans nos observations, aucun enfant n'est né vivant.

Dans la littérature, nous avons relevé deux observations d'enfants extraits vivants par application de forceps (1) et une observation d'un enfant extrait vivant par césarienne (2). Ces trois enfants quittèrent en bon état la clinique d'accouchement.

Nous n'avons pas les éléments nécessaires à une étude du pronostic de l'enfant; nous signalons seulement que ces trois cas, sur les 66 cas parvenus à notre connaissance, prouvent que le pronostic n'est pas absolument fatal quand une intervention est pratiquée en temps opportun.

Nous divisons ce travail en trois parties :

1° Résumé des observations de physométrie de la clinique Baudelocque de 1909 à 1923. En ce qui concerne celles de 1890 à 1909, nous renvoyons à la thèse de Mallet (Paris, 1908);

(1) M^{me} HENRY. — *Annu. gyn.* 1893, n° 1.

(2) M. PORTES. — Société d'obstétrique de Paris, séance du 10 mars 1921.

2° Etude des symptômes capables d'aider à fixer le pronostic;

3° Exposition de la conduite à tenir.

Observations

CAS DE PHYSOMÉTRIE OBSERVÉS A LA CLINIQUE BAUDELLOCQUE

DE 1908 A 1923

17 cas sur 26.387 accouchements

OBSERVATION 1073 DE 1908

Présentation du front. — Six tentatives d'application de forceps en ville. — Entrée à la clinique dans un état grave : déchirures vaginales multiples. — Physométrie. — Bariotripsie. — Délivrance artificielle. — Irrigation continue. — Mort le troisième jour.

I pare, 26 ans. Gestation ayant évolué normalement.

26 juin, 8 heures. — Début du travail.

Dans la nuit du 26 au 27, un médecin appelé diagnostique une présentation de la face et fait six tentatives d'application de forceps.

27 juin, 9 heures. — La femme est amenée à la clinique dans un état grave : facies pâle, lèvres cyanosées. La vulve est oedématisée, déchirée au niveau de l'anus. Le vagin présente de nombreuses déchirures (véritable bouillie sanguinolente). Le col utérin est déchiqueté. Le front du fœtus, très oedématisé, occupe le centre de l'excavation; le nez est à gauche, la bouche largement ouverte mord le détroit supérieur. Bruits du cœur assourdis; 90. T. 38°1. P. 134.

Injectons vaginales. Sérum antistreptococcique.

27 juin, 10 heures. — Examen de M. Mouchotte : utérus dévié à gauche. Sonorité du fond utérin. Tête ne semblant pas déborder. Bruits du cœur non perçus.

M. Mouchotte décide de pratiquer une basiotripsie. Extraction d'un enfant pesant 4 kil. 500. Délivrance artificielle. Placenta, 620 grammes.

Suites. — Après l'intervention, la femme a un pouls filiforme. On fait une injection de 1.500 grammes de sérum physiologique : éther, caféine. Etant donné l'état alarmant de la femme, le danger de prolonger l'anesthésie, le vagin n'est pas suturé : il est seulement tamponné. Le soir, à 6 heures, météorisme considérable. P. 160. T. 38°5.

Pendant la nuit, la femme est très agitée; elle a des vomissements noirâtres. Son pouls oscille entre 130 et 160.

28 juin, matin. — Ballonnement considérable du ventre.

Le soir : ventre plus volumineux. Un lavement de vin reste sans effet. Sérum A. S.

29 juin, 4 heures. — M. Pinard fait mettre la femme à l'irrigation continue et donner du café noir.

Midi. — Le pouls est à 140. Les anses intestinales se dessinent sous la paroi abdominale.

13 heures. — T. 39°2. P. 120. La femme urine un peu. Vomissements noirs.

14 heures. — T. 39°4. P. 124. Agitation extrême.

15 h. 45. — Mort.

Autopsie. — Utérus intact. Déchirures vaginales multiples. Le vagin est étiré, allongé, déchiré. Une déchirure à gauche communique largement avec le tissu cellulaire péri-rectal, qui est le siège d'un hématome.

OBSERVATION 1775 DE 1909

I pare, 23 ans. — Gros enfant. — Mort du fœtus pendant le travail. — Basiotripsie à dilatation complète 48 heures après

le début du travail. — Physométrie constatée après l'extraction. — Délivrance artificielle. — Guérison.

Dernières règles du 22 au 23 décembre 1908.

Gestation ayant évolué normalement.

2 novembre, 12 heures. — Début du travail.

3 novembre, 0 heure. — Arrivée de la femme à la clinique Baudelocque.

Examen à l'entrée : hauteur utérine, 36 centimètres. Sommet engagé en gauche antérieure. Bruits du cœur perçus. Membranes rompues depuis un temps inconnu. Dilatation 3 fr.

22 heures. — Dilatation grande paume. A partir de cette heure, les contractions utérines s'espacent et sont moins fortes. T. 37°4. P. 92.

4 novembre, 6 heures. — La femme perd du liquide vert et fétide. Les bruits du cœur sont irréguliers et rapides, 160. La dilatation n'a pas progressé.

8 heures. — Les bruits du cœur ne sont plus perçus; la dilatation est complète.

11 heures. — La tête n'ayant pas progressé malgré les efforts expulsifs de la femme, on décide de faire une basiotripsie. M. Lacasse extrait un fœtus pesant 4 kil. 500. Derrière le fœtus, issue de liquides et de gaz très fétides. Délivrance artificielle. Placenta : 650 grammes.

Suites. — Après l'intervention, la femme a un frisson. P. 120. Le soir, état satisfaisant. T. 37°3. P. 100.

5 novembre. — T. 37°2. P. 110. Injection de 80 centimètres cubes de sérum antistreptococcique.

6 novembre. — Les plaies vulvaires sont grisâtres. La température est montée à 38°5. P. 112. Injection de 80 centimètres cubes de sérum A S.

7 novembre. — La température, le soir, est de 39°2; le pouls est à 104. Lochies très fétides. Les escharies vulvaires sont touchées à la teinture d'iode.

8 novembre. — La température retombe à 37°, pour ne ja-

mais dépasser 37°3 durant le reste du séjour de la malade à l'hôpital.

La femme est sortie guérie 14 jours après son accouchement.

OBSERVATION 1038 DE 1910

Présentation de l'épaule méconnue. — Rupture artificielle des membranes à dilatation de 3 fr. — Trois tentatives de version par manœuvres internes. — Mort de l'enfant. — Femme amenée à la clinique 65 heures après le début du travail. — Embryotomie. — Eviscération pour impossibilité d'extraction du fœtus infiltré par les gaz. — Délivrance artificielle. — Mort le septième jour de péritonite.

II pare, 35 ans.

Première gestation en 1905, terminée par un accouchement au forceps. Enfant vivant.

Deuxième gestation, actuelle. Dernières règles du 21 au 24 septembre.

4 juillet, 11 heures. — Début du travail.

5 juillet, 2 heures. — Une sage-femme appelée auprès de la parturiente rompt la poche des eaux pour « activer le travail », la dilatation étant de 3 fr. Au toucher suivant, elle diagnostique une présentation de l'épaule et fait deux tentatives de version par manœuvres internes.

15 heures. — Un médecin, appelé, essaye en vain de faire une version. Il conseille de donner des injections vaginales chaudes. Au cours de la journée du 6, les bruits du cœur disparaissent et la femme perd un liquide séro-sanguinolent fétide. Les contractions utérines sont peu fréquentes.

7 juillet, 17 heures. — L'état étant stationnaire, la femme est envoyée à la clinique Baudelocque.

Examen à l'entrée. Hauteur utérine 40 centimètres. Palper impossible à cause de l'état de tétanisation de l'utérus. Bruits

du cœur nuls. Au toucher, on fait le diagnostic de présentation de l'épaule. Dilatation petite paume. Ecoulement par la vulve d'un liquide sanieux d'odeur fétide. Escharre sur la face interne de la grande lèvre gauche. T. 37°5. P. 130.

La femme est transportée à l'isolement, où M. Masson pratique une embryotomie. Celle-ci étant faite, l'impossibilité d'extraire le tronc oblige à pratiquer une éviscération au cours de laquelle s'échappe une grande quantité de gaz, surtout au moment de la perforation de la cage thoracique. L'extraction du tronc est suivie d'une évacuation de liquide séro-sanguinolent, de gaz à odeur putride permettant de conclure nettement à de la physométrie. Manœuvre de Mauriceau Pinard sur tête dernière. Délivrance artificielle, au cours de laquelle la femme est prise de tendances syncopales. Pouls filiforme à 140.

On fait des injections de sérum et de caféine.

Suites. — Le soir, l'état général est meilleur. T. 38°1. P. 135.

8 juillet. — Ventre moins ballonné. T. 36°2. P. 98.

9 juillet. — Etat stationnaire. T. 37°4. P. 100.

10 juillet. — Injection intra-utérine le matin. L'après-midi la malade a un grand frisson d'une durée de 20 minutes au cours duquel la température monte à 40° et le pouls à 146.

Le soir T. 37°7. P. 114 (Injection de 40 cc. sérum A. S.).

11 juillet matin. — T. 38°1. P. 130. Soir T. 37°5. P. 108.

12 juillet. — Lavage intra-utérin le matin. Le soir hémorragie assez abondante, sans doute provoquée par la chute d'une escharre siégeant sur le segment inférieur. T. 38°5. P. 102.

13 juillet. — Très mauvais état général : matin, T. 37°6. P. 160. Soir, T. 38°1. P. 102.

Dans la nuit du 13 au 14, la femme tombe dans le coma. Sa respiration est irrégulière et superficielle. Mort.

Autopsie. — Anses intestinales un peu congestionnées. Utérus gros et mou. Rien dans le cul de sac vésico-utérin. Un peu de pus crémeux et quelques fausses membranes dans le Douglas. Petite ecchymose sur la face postérieure de l'utérus.

On ouvre la cavité utérine qui apparaît sanieuse et exhalant

une odeur très fétide. A la partie cervico-vaginale droite et postérieure on voit une escharre sanieuse et anfractueuse correspondant à l'ecchymose vue sur la surface utérine du Douglas.

Un peu de liquide dans la plèvre gauche.

Autres organes normaux.

OBSERVATION 124 DE 1914

I *pare* 29 ans. — *Lenteur du travail.* — *Gros enfant macéré.* — *Physométrie* 63 heures après le début du travail. — *Basiotripsie.* — *Délivrance artificielle.* — *Guérison.*

Dernières règles du 3 au 10 avril 1913.

La femme n'a pas consulté durant sa gestation.

31 janvier, 11 heures. — Rupture prématurée des membranes.

2 heures. — Début du travail (en ville). Contractions utérines très espacées. Une sage-femme fait du massage de l'utérus et donne des injections vaginales chaudes.

2 février, 9 heures. — La situation étant stationnaire, on appelle un médecin qui aurait fait cinq tentatives d'applications de forceps.

17 heures. — La femme est amenée à la Clinique Baudelocque.

Examen (M. Eudes). Hauteur utérine 43 centimètres. Utérus distendu rendant le palper difficile. Un pôle au-dessus du D. S. Un pôle au fond de l'utérus. Dos à droite. Au toucher, bosse séro-sanguine énorme, gros chevauchement des os du crâne. Dilatation incomplète; on sent le col sur une étendue de 2 centimètres étroitement appliqué sur la présentation; œdème du col; petite déchirure au niveau de la lèvre antérieure. Liquide amniotique teinté et fétide. Bruits du cœur nuls. Température 38°4. Pouls 124.

18 heures. — La hauteur utérine a augmenté d'un centimètre. Le fond de l'utérus est sonore.

On décide de pratiquer une basiotripsie. Opérateur, M. Eudes. On extrait un fœtus macéré pesant 4.800 grammes. Injection intra-ovulaire. Délivrance artificielle. Poids du placenta, 880 grammes.

Après avoir vérifié l'intégrité du segment inférieur, on place deux catguts sur la petite déchirure du col.

Suites. — 3 février. — T. 37°5. Pouls 120. Les jours suivants la température n'a jamais dépassé 37°8. Le pouls, resté au-dessus de 100 jusqu'au 9^e jour, tomba aux environs de 80 le 13^e jour. (Pas de sérum antistreptococcique. Femme partie en bon état le 19^e jour.)

OBSERVATION 341 DE 1913

II *pare*, 32 ans. — Deux tentatives de forceps en ville, au cours desquelles l'enfant est mort. — *Physométrie* à son entrée à la clinique Baudelocque 54 heures après le début du travail. — *Basiotripsie*. — *Délivrance artificielle*. — *Guérison*.

Première gestation terminée par un avortement de cause inconnue au cours du quatrième mois en 1913.

Deuxième gestation actuelle : dernières règles du 26 au 30 mai. Gestation ayant évolué normalement.

8 mars, 5 heures. — Début du travail. Rupture des membranes.

10 mars, 8 heures. — Après deux tentatives infructueuses d'application de forceps, la femme est envoyée à la clinique Baudelocque.

Examen d'entrée : hauteur utérine 35 centimètres. Sommet engagé en D P. Crépitation perçue lors du palper de l'abdomen. Bruits du cœur non perçus. Dilatation complète.

T. p P. p M. Le Masson décide de pratiquer immédiatement une basiotripie. Il extrait un fœtus pesant 3.300 grammes. Derrière l'enfant, issue de liquide et de gaz très fétides. Déli

vance artificielle. Placenta pesant 620 grammes. Injection de sérum antistreptococcique 40 centimètres cubes, qui fut renouvelée les quatre jours suivants.

Suites. — Le soir de l'intervention, T. 38°4. P. 140. Jusqu'au dixième jour, le pouls se maintient au-dessus de 100, tandis que la température ne dépasse pas 38°2.

Au dixième jour, expulsion de membranes. On donne une injection intra-utérine qui est suivie d'un grand frisson avec ascension de la température à 40° et du pouls à 100.

Cet incident est sans suite.

Au vingtième jour, période d'oscillations thermiques dues à un abcès de la grande lèvre gauche. Trois jours après l'incision de l'abcès, tout rentre dans l'ordre.

Le 8 mai, la femme quitte en bon état la clinique.

OBSERVATION 86 DE 1918

II pare 32 ans. — Rupture prématurée des membranes 75 heures avant le début du travail. — Enfant mort. — Lenteur du travail. . . Physométrie 39 heures après le début du travail. — Basiotripsie. — Délivrance artificielle. — Suites fébriles. — Guérison.

Première gestation terminée par l'accouchement spontané à terme d'un enfant vivant.

Deuxième gestation actuelle : dernières règles du 15 au 20 avril 1917. La femme n'a pas consulté durant sa gestation.

14 janvier. — Rupture prématurée des membranes 75 heures avant le début du travail.

17 janvier, 18 heures. — Début du travail.

18 janvier, 12 h. 30. — Arrivée à la clinique.

Examen. — Hauteur utérine 32 centimètres. Sommet engagé en D. P. Bruits du cœur nuls. Dilatation 2 fr.

Les contractions utérines sont très espacées.

19 janvier, 9 heures. — Les bords du col sont épais; la dilatation est de grande paume. M. Potocki conseille de pratiquer une basiotripsie. Opérateur, M. Dubois.

Lors de l'introduction du perforateur, issue de gaz fétides. Extraction d'un enfant pesant 2.800 grammes. Délivrance artificielle. Placenta 350 grammes. Injection intra-utérine iodo-iodurée.

Suites. — La première semaine, la température ne dépasse pas 38° et le pouls se maintient entre 90 et 100.

28 janvier, dix jours après l'intervention, grand frisson : la température atteint 39°8. Rémission de 24 heures, puis la température subit pendant deux jours de grandes oscillations : le matin 37°, le soir 40°, tandis que le pouls se maintient à 120. Du sérum A. S. est alors injecté durant trois jours, à la dose de 40 centimètres cubes par jour. Pendant une semaine, la température reste élevée; elle descend ensuite progressivement et au vingtième jour, tout est rentré dans l'ordre. T. 37°. P. 80.

La femme quitte en bon état la clinique vingt-cinq jours après l'intervention.

OBSERVATION 1332 DE 1918

I pare, 21 ans. — Œdème du col. — Dilatation stationnaire. — Mort de l'enfant au cours du travail. — Physiométrie 63 heures après la rupture prématurée des membranes. — Craniotomie à dilatation de petite paume. — Forceps à dilatation complète. — Suites apyrétiques.

Dernières règles du 10 au 15 février 1918. La femme n'a pas consulté pendant sa gestation.

2 novembre, 8 heures. — Rupture prématurée des membranes et début du travail.

24 heures. — Arrivée à la clinique.

Examen : hauteur utérine 31 centimètres. Sommet engagé

en G. A. Enfant vivant. Dilatation 1 fr. T. 37°. Cette femme ne présentant rien d'anormal est envoyée chez une sage-femme agréée, après avoir reçu 20 centimètres cubes de sérum A. S.

3 novembre, 18 heures. — La femme est ramenée à la clinique pour dilatation stationnaire et élévation de la température.

Examen : enfant vivant. Col œdématisé dilaté comme 2 fr. T. 38°. P. 88.

4 novembre, 11 h. 30. — Bruits du cœur non perçus. Liquide amniotique très fétide. Dilatation petite paume. Bosse séro-sanguine très volumineuse. — M. Jeannin conseille de pratiquer une basiotripsie quand la dilatation sera de grande paume. T. 38°5. Pouls 120.

15 heures. — Dilatation stationnaire. Col œdématisé rigide. Fétidité stercosale du liquide amniotique. Sonorité du fond utérin. Etant donnée l'insuffisance de la dilatation, on fait seulement une perforation du crâne avec dilacération de la substance cérébrale. Pas d'issue de gaz.

18 h. 30. — La dilatation est complète. M. Dubois fait une application de forceps. Derrière le fœtus, issue de gaz très fétides. Délivrance artificielle immédiate. Tannage de la cavité utérine. Enfant pesant 2.850 grammes ayant subi un début de putréfaction. Placenta 350 grammes.

Suites. — Le lendemain matin, T. 37°. P. 80. Les jours suivants, la température oscille entre 37° et 37°8. Le pouls se maintient à 80. Suites normales, sans le moindre incident.

La femme est sortie en bon état le quatorzième jour.

OBSERVATION 1490 DE 1918

III pare, 36 ans. — Tête mobile au-dessus du détroit supérieur. — Lenteur de la dilatation. — Mort de l'enfant au cours du travail. — Physométrie 45 heures après le début du travail. — Basiotripsie. — Délivrance artificielle. — Suites apyretiques.

Voir l'observation 341 de 1915 pour ce qui concerne les antécédents obstétricaux.

Troisième gestation actuelle : dernières règles du 8 au 15 février 1917.

7 décembre, 16 heures. — Début du travail.

17 heures. — Rupture des membranes (20 centimètres cubes de sérum A. S. furent faits à la clinique).

21 heures. — Arrivée à la clinique.

Examen : hauteur utérine 32 centimètres. Tête mobile au-dessus du D. S. Dos à gauche. Enfant vivant. Dilatation 0 fr. 50. Pas d'albumine dans les urines. T. 37°3. P. 88. Durant la nuit du 7 au 8 décembre, la femme a des contractions utérines violentes et fréquentes.

8 décembre, 8 heures. — Dilatation 1 fr. Col manquant de souplesse. Tête tendant à se fixer. Bruits du cœur irréguliers. T. 37°6. P. 84. M. le Pr Couvelaire prescrit de grands lavements chauds.

9 décembre, 4 heures. — Les bruits du cœur ne sont plus perçus. Liquide teinté de méconium. Dilatation 5 fr. T. 38°.

9 heures. — Dilatation petite paume. Œdème et rigidité du col. Liquide vert et fétide. Contractions utérines très fréquentes et très fortes. M. Couvelaire ordonne de faire de la morphine en attendant que la dilatation soit suffisante pour permettre de faire une basiotripsie.

14 heures. — Femme très agitée. Sonorité du fond utérin. T. 38°8. P. 104. La dilatation étant presque complète, on décide de faire une basiotripsie. Opérateur, M. da Veiga.

Derrière l'enfant, pesant 2.860 grammes, issue de liquide très fétide contenant d'abondantes bulles de gaz. Délivrance artificielle. Placenta 460 grammes. Iodage de la cavité utérine. Glace sur le ventre.

Suites. — Le soir de l'intervention, T. 39°2. P. 112. Le lendemain, la température tombe à 37°8 et le pouls à 92. Suites

normales, la température oscillant entre 37°4 et 37°8 et le pouls se maintenant à 84.

La femme est sortie en bon état le douzième jour.

OBSERVATION 453 DE 1920

Bassin rachitique. — Diamètre P. S. P. = 10 c/m 7. — Irrégularité du travail. — Mort de l'enfant. — Physométrie constatée 53 heures après la rupture des membranes. — Basiotripsie à dilatation de petite paume. — Délivrance artificielle. — Guérison.

I pare, 31 ans. Dernières règles du 25 mai au 5 juin 1919. Durant sa gestation, la femme vient régulièrement à la consultation de la clinique Baudelocque.

Le 2 mars, elle est admise au dortoir de la clinique avec le diagnostic suivant :

Hauteur utérine 33 centimètres. Tête mobile, d'aplomb sur le détroit supérieur, ne débordant pas. Le bassin a un diamètre P. S. P. de 10 c/m 7. Les lignes innommées peuvent être suivies sur toute leur étendue. Concavité sacrée normale.

7 mars, 7 heures. — Rupture prématurée des membranes (injection sous-cutanée de 30 centimètres cubes de sérum A. S.).

8 heures. — Début du travail. Tête fixée ne débordant pas. Col en voie d'effacement. Enfant vivant. Durant la journée du 7 et la nuit du 7 au 8, la femme a des contractions courtes et espacées.

8 mars, 10 heures. — Tête engagée. Dilatation 2 fr. Liquide teinté, mais bruits du cœur toujours bons.

19 h. 15. — Les bruits du cœur ne sont plus perçus, T. 37°7. P. 100.

24 heures. — Utérus constamment tendu. La hauteur utérine qui était de 33 centimètres à l'entrée à la salle de travail est, après sondage de la vessie, de 36 centimètres. T. 37°. P. 124.

Durant la nuit du 8 au 9, la femme n'a pas eu de contractions utérines : elle a dormi.

9 mars, 10 heures. — Examen de M. le P^r Couvelaire : dilatation 5 fr. Tête appuyant bien sur le col qui manque de souplesse mais n'est pas œdématié. T. 36°9. P. 122.

M. Couvelaire conseille d'évacuer l'utérus dès que la dilatation sera suffisante.

13 heures. — Dilatation stationnaire. Sonorité du fond utérin. Hauteur utérine 37 centimètres. T. 37°3. P. 144.

M. Couvelaire, prévenu, prescrit de compléter la dilatation autant que possible, par des manœuvres manuelles et de faire l'extraction avec le perforateur et la branche gauche du basiotribe. Opérateur, M. Vignes. Prise difficile à cause du col gênant l'introduction de la branche gauche. Cécidotomie de l'épaule antérieure. Extraction d'un enfant pesant 2.560 grammes et présentant des phlyctènes. Délivrance artificielle au cours de laquelle on constate une déchirure de la lèvre antérieure du col, peu importante, et une autre déchirure partant de la commissure droite et s'étendant jusqu'à la lèvre postérieure. Le placenta est inséré sur le segment inférieur (face postérieure), juste au bord de l'orifice cervical. Il pèse 550 grammes et donne au toucher une sensation de crépitation.

Après l'intervention, injection sous-cutanée de 3 centimètres cubes d'adrénaline au 1/1000 et de 80 centimètres cubes de sérum A. S.

Suites. — Jusqu'au sixième jour, aucun incident. La température ne dépasse pas 37°8 et le pouls est aux environs de 100.

15 mars. — La fétilité des lochies et l'apparition d'escharres vulvaires amènent le passage de la femme à l'isolement. T. 37°5. P. 100.

Les jours suivants, la femme a quelques accidents sériques (éruption, arthralgies et névralgies sans élévation de température. Le quinzième jour après son accouchement, elle quitte la clinique en bon état.

OBSERVATION 938 DE 1920

Présentation du siège décomplété. — Albuminurie du travail. — Cinq crises d'éclampsie au cours du travail. — Mort de l'enfant. — Grande extraction à dilatation complète au cours de laquelle on constate de la physométrie (40 heures après la rupture des membranes). — Délivrance artificielle. — Pyélonéphrite. — Erysipèle de la face. — Mort le treizième jour.

I pare, 29 ans. Dernières règles du 27 au 31 août 1919. Gestation ayant évolué normalement. Les urines, examinées à la clinique Baudelocque, n'ont jamais présenté d'albumine.

31 mai, 18 heures. — Rupture prématurée des membranes.

20 heures. — Début du travail.

1^{er} juin, 1 heure. — Entrée à la clinique.

Examen : hauteur utérine 32 centimètres. Siège fixé. Dilatation lenticulaire. Albumine abondante dans les urines. Tension artérielle : Mx 16,5; Mn 12.

10 h. 30. — Première crise d'éclampsie.

11 h. 30. — Deuxième crise. Saignée de 920 grammes (un examen de sang montra que l'urée et les chlorures étaient en quantité normale). 4 grammes de chloral en lavement. Eau lactosée.

13 h. 20. — A dilatation petite paume, pose d'un ballon vaginal de 600 centimètres cubes qui est expulsé vers 17 heures au cours de la troisième crise.

21 heures. — Quatrième crise, après laquelle le pouls est à 160. Quatre grammes de chloral sont administrés. Nuit calme.

2 juin, 8 h. 50. — Cinquième crise.

10 h. 30. — Examen de M. le P^r Couvelaire : dilatation complète; siège appuyant sur le périnée. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. T. 38°3. P. 144.

10 h. 40. — Sur l'avis de M. Couvelaire, M. Vignes pratique une extraction du siège au cours de laquelle des gaz fétides s'échappent. Fœtus putréfié pesant 2.350 grammes. Délivrance

artificielle. Placenta présentant des foyers hémorragiques anciens et pesant 340 grammes.

Un quart d'heure après l'intervention, sixième crise après laquelle la tension artérielle est de Mn 13 Mx 7 (Pachon). T. 38°3. P. 144.

Suites. — Durant les six premiers jours qui suivirent l'accouchement, la femme est calme et a un bon état général : la température oscille entre 37°2 et 37°8; le pouls se maintient autour de 80. La tension artérielle est de Mn 13 Mx 8. Les urines, d'abondance normale, contiennent des traces d'albumine indosables au tube d'Esbach, normale, contiennent des traces d'albumine indosables au tube d'Esbach.

Après une journée agitée, le 7 juin, durant laquelle la femme se plaint de céphalgie et de courbatures généralisées, la température étant de 36°8 et 37°4, le pouls de 92, l'état de la malade est de nouveau satisfaisant pendant trois jours.

12 juin. — Mauvais facies, yeux excavés, traits tirés, courbatures. Une plaque érythémateuse est apparue au niveau du lobule du nez. Les urines contiennent du pus. Les escharres vaginales sont grisâtres et ont une odeur de sphacèle. Il y a un peu de défense musculaire de l'abdomen. T. 37°5. Pouls petit, dépressible, 104.

13 juin. — L'état général est encore plus mauvais. La malade est dans un état comateux. Elle présente du hoquet et de la polypnée (30 respirations à la minute). L'érythème s'est étendue symétriquement sur les joues; le diagnostic d'érysipèle s'impose. T. 37°4. P. 110.

14 juin. — Après une journée d'agitation et de délire, durant laquelle la température est 37°2 et 36°8, le pouls 120, la femme meurt à 23 heures.

Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION 1931 DE 1920

II *pare, 40 ans. — Arrivée à la clinique Baudelocque quatre jours après le début du travail, ayant subi en ville deux tentatives d'application de forceps sur enfant mort au cours du travail et présentant de la physométrie. — Basiotripsie à dilatation incomplète. — Déchirures cervicales. — Délivrance artificielle. — Mort le quatrième jour de septicémie.*

Première gestation terminée par un avortement au cours du deuxième mois.

Deuxième gestation actuelle : dernières règles du 26 au 30 janvier. Gestation ayant évolué normalement, sauf quelques traces d'albumine dans les urines au sixième mois.

3 novembre, 2 heures. — Début du travail. Une sage-femme appelée en ville constate que la tête est mobile au-dessus du D. S. Col long.

6 novembre, 8 heures. — Rupture spontanée des membranes. La sage-femme constate une dilatation de 1 fr. et l'absence d'engagement de la tête.

7 novembre, 14 h. 30. — La tête paraît engagée. La dilatation est entre 2 et 3 fr. Les bruits du cœur perçus sont irréguliers (130-150). A ce moment, la femme a un grand frisson prolongé durant 20 minutes et succédant à une douleur vive de la base du thorax. P. 130.

Les urines recueillies par sondage sont très foncées et contiennent des traces d'albumine.

18 heures. — La dilatation n'ayant pas progressé (3 fr.), on met un dilatateur à trois branches et on le laisse en place avec un petit caoutchouc pendant trois heures.

24 heures. — La dilatation est complète. Les bruits du cœur ne sont plus perçus. La femme pousse mais les douleurs s'espacent et la tête ne progresse pas. T. 37°4. P. 140.

22 heures. — La femme a un second frisson.

8 novembre, 2 heures. — La situation étant stationnaire, un

médecin tente une application de forceps. Le forceps dérape. Un second médecin fait une autre application qui a le même résultat que la première.

15 heures. — La femme est amenée à la clinique Baudelocque. Elle a un mauvais état général. Langue sèche, grisâtre. T. 36°8. P. 120. Hauteur utérine 38 centimètres. Utérus globuleux difficile à palper. Sonorité marquée du fond de l'utérus. Toucher bidigital difficile à cause de l'œdème des parties molles. Tête engagée. Volumineuse bosse séro-sanguine.

M. Cleisz décide de pratiquer une basiotripsie. Au toucher manuel il constate que la tête est encore très haute. Les oreilles sont au-dessus du détroit supérieur. La tête est fracassée. Le col est long de 1 centimètre environ, manquant de souplesse et appliqué autour de la tête en un point qui semble être voisin de la grande circonférence.

Basiotripsie difficile. Extraction laborieuse d'un enfant pesant 2.610 grammes. Délivrance artificielle (placenta 300 grammes) au cours de laquelle on constate que le col porte deux déchirures : l'une à gauche, l'autre à droite, plus marquée. La languette antérieure du col, d'aspect noirâtre et sphacélé, arrive à la vulve. Déchirure incomplète du périnée; pas de réfection à cause de l'œdème. Au cours de la délivrance artificielle, on note la présence d'un fibrome du volume d'une petite pomme occupant le fond de l'utérus.

Suites. — T. 37°. P. 84. Mauvais état général. Léger météorisme abdominal. Incontinence des matières et des urines. 80 centimètres cubes de sérum A. S. sont injectés.

10 novembre. — T. 37°4. P. 96. Même état des sphincters. Abscès de fixation à la cuisse droite. Injection de 80 centimètres cubes de sérum A. S.

11 novembre. T. 37°2. P. 88. Très mauvais état général. Injection de 80 centimètres cubes de sérum A. S. et nouvel abcès de fixation.

12 novembre, 8 heures. — T. 36°4. Somnolence. Respiration bruyante. Perte de connaissance. Marbrures violettes disséminées sur toute l'étendue du corps.

13 h. 15. — Mort en hypothermie.

Autopsie. — Légère teinte subidérique du cadavre. A l'ouverture de la cavité abdominale, on ne trouve pas trace de pus ni dans l'abdomen, ni dans le cul-de-sac de Douglas. L'utérus, volumineux, remonte à l'ombilic. Petite quantité de liquide dans la plèvre gauche. Congestion des deux bases des poumons. Pas de lésion de broncho-pneumonie. Foie de volume normal. Surcharge graisseuse du cœur avec dilatation du ventricule gauche.

OBSERVATION 678 DE 1921

V pare, 28 ans. — Physométrie constatée à l'entrée à la clinique Baudelocque 51 heures après le début du travail. — Basiotripsie à dilatation de petite paume. — Fœtus ayant subi un début de macération. — Délivrance artificielle. Guérison. — B. W. = 0.

Quatre gestations terminées par des accouchements spontanés à terme, avec enfants vivants.

Cinquième gestation actuelle : dernières règles du 7 au 12 juin 1920.

13 avril, 5 heures. — Rupture des membranes. Liquide amniotique jaunâtre. Une sage-femme appelée aurait entendu les bruits du cœur.

6 heures. — Début du travail. Douleurs régulières toute la journée, ayant cessé la nuit.

14 avril, 8 heures. — Un médecin, appelé, n'entend plus les bruits du cœur et fait transporter la femme à la clinique Baudelocque.

14 avril, 12 heures, — Arrivée à la clinique.

Examen : T. 38°7. Pouls 94. Utérus tendu de façon uniforme et permanente. Hauteur utérine 28 centimètres. Fond utérin sonore. Membranes rompues. Dilatation 5 fr. Bruits du cœur non perçus. On décide d'attendre les progrès de la dilatation.

17 h. 30. — T. 39°1. P. 94. Dilatation petite paume. On décide

de pratiquer une basiotripsie. Opérateur, M. Cleisz. Extraction d'un enfant ayant subi un début de macération et pesant 2.520 grammes. Délivrance artificielle. Placenta 450 grammes.

Suites. — Le soir de l'intervention, T. 39°2. P. 92.

15 avril. — Matin : T. 38°6; P. 92; soir : T. 38°9; P. 82.

16 avril. — Matin : T. 38°; P. 84; soir : T. 37°8; P. 80.

A partir du quatrième jour, la température ne dépasse pas 37°2 et le pouls se maintient aux environs de 64.

La femme est sortie en bon état le douzième jour.

OBSERVATION 755 DE 1921

I pare, 25 ans. — *Malformation utérine. — Présentation de l'épaule. — Rupture prématurée des membranes. — Pose de ballons intra-utérins. — Physométrie 18 heures après le début du travail. — A dilatation de grande paume version par manœuvres internes. — Basiotripsie du tête dernière. — Délivrance artificielle. — Guérison.*

Dernières règles du 23 au 26 juillet 1920. Gestation ayant évolué normalement.

26 avril, 16 h. 30. — Rupture des membranes.

27 avril, 7 heures. — Arrivée à la clinique.

Examen : fœtus disposé transversalement. Bruits du cœur non perçus. Liquide teinté. Col long. T. 37°.

12 heures. — Examen de M. le P^r Couvelaire : malformation utérine. Tête dans la corne droite et siège dans la corne gauche. Promontoire accessible, loin, mais haut. M. Couvelaire conseille de mettre un ballon intra-utérin de 300 grammes.

12 h. 30. — Pose d'un ballon sous chloroforme.

17 h. 30. — Dilatation 5 fr. T. 38°2. P. 96.

20 h. 30. — Le ballon fuit. Dilatation entre 5 fr. et petite paume. On enlève le ballon et on en pose un autre de 600 gr.

28 avril, 1 h. 45. — Expulsion du ballon. T. 39°2. P. 120.

Sécheresse du fond de l'utérus. Palper impossible à cause de la tension de l'utérus. Dilatation grande paume. On décide d'intervenir.

Version par manœuvres internes assez difficile par suite d'un anneau de rétraction de l'utérus, au niveau de la partie haute de l'excavation. La tête étant au-dessus du détroit supérieur, il est impossible de faire la manœuvre de Mauriceau Pinard et on décide de pratiquer une basiotripsie sur tête dernière. Enfant putréfié pesant 2.020 grammes. Au cours des manœuvres intra-utérines, des gaz très fétides sont sortis de l'utérus avec des bruits d'explosion. Injection intra-ovulaire. Délivrance artificielle. Placenta 430 grammes. Après la délivrance, la malformation apparaît nettement : utérus codiforme.

Suites. — Le soir de l'intervention, T. 37° 8. P. 84. Le lendemain, T. 37° 8; P. 84. Les jours suivants, la température se maintient aux environs de 37° et le pouls de 72.

La femme est sortie en bon état le vingtième jour.

OBSERVATION 421 DE 1922 (1)

II pare, 34 ans. — Bassin rachitique. — Diamètre P. S. P. 10 c/m 3. — Présentation du front. — Lenteur du travail. — Tentative d'application de forceps. — Mort du fœtus. — Basiotripsie 60 heures après le début du travail. — Physométrie constatée au moment de l'extraction. — Délivrance artificielle. — Infection grave à forme pyohémique. — Mort le soixante-septième jour.

Première gestation terminée par une application de forceps. Enfant mort quelques instants après l'extraction.

Deuxième gestation actuelle : dernières règles du 25 au 31 mai, 22 février 1922. — La femme entre au dortoir de la clinique Baudelocque avec le diagnostic suivant : promontoire accessible à 10 c/m 3; bonne concavité sacrée; tête mobile, très élevée au-

dessus du détroit supérieur; débordement impossible à apprécier.

19 mars, 1 heure. — Rupture des membranes. Liquide opalescent abondant. L'examen pratiqué permet de constater que la tête est d'aplomb sur le détroit supérieur et ne déborde pas. Dos à gauche. Au toucher, excavation vide; la tête plonge. Col long. Bruits du cœur perçus.

Injection de 30 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Au cours des journées du 19 et du 20, les examens pratiqués permirent de faire les constatations suivantes : tête fixée ne débordant toujours pas, mais mal fléchie. Lents progrès de la dilatation, malgré de bonnes contractions. Enorme bosse séro-sanguine.

21 mars, 13 h. 30. — Ecoulement de liquide teinté, très fétide. Bruits du cœur à 160. Dilatation grande paume.

21 h. 15. — T. 37°8. P. 100. La dilatation étant complète depuis 3 heures et la tête, toujours très élevée, n'ayant pas progressé, M. Povilevitz conseille de faire une application de forceps.

21 h. 30. — Intervention. Opérateur, M. Broussin. Par le toucher manuel, constatation d'une présentation du front. Tentative d'application de forceps, au cours de laquelle la tête remonte au-dessus du D. S. et les bruits du cœur disparaissent.

Une basiotripsie est alors décidée. Opérateur, M. Povilevitz. Extraction facile d'un enfant pesant 2.950 grammes. Derrière le fœtus, expulsion de liquides et de gaz très fétides. Délivrance artificielle. Injection sous-cutanée de 60 centimètres cubes de sérum A. S.

Suites. — Après l'intervention, T. 37°8. P. 130. jusqu'au quatrième jour, la température se maintient aux environs de 37° et le pouls aux environs de 96.

25 mars. — Frisson violent. La température monte à 40° et le pouls à 168.

Urines louches contenant du pus.

On commence la sérothérapie : pendant six jours, injection quotidienne de 60 centimètres cubes de sérum A. S.

26 mars. — Le matin, la température tombe à 37°4 et le pouls à 88, mais au cours de la journée la femme a de nouveaux frissons, tandis que la température atteint 40° et le pouls 160.

Durant trois jours, la température se maintient entre 37°3 et 38°8; le pouls est entre 84 et 100.

31 mars. — On constate l'existence de deux abcès : l'un de la fesse droite, l'autre de la cuisse gauche. Incision et large drainage. Pendant quinze jours, les phénomènes semblent s'apaiser : la température ne dépasse pas 38° et le pouls oscille entre 80 et 100.

16 avril. — Les phénomènes infectieux réapparaissent. Les jours suivants de nouvelles collections purulentes font leur apparition : la femme a des frissons quotidiens. Son état général s'altère. Reprise de la sérothérapie A. S.; pendant six jours, injection quotidienne de 60 centimètres cubes.

2 mai. — Constatation clinique d'une pleurésie à droite : une ponction permet de retirer un liquide louche.

L'ensemencement du liquide montre la présence de streptocoques acrobies et anaérobies non hémolytiques.

La sérothérapie est reprise : le sérum antistreptococcique est injecté dans la plèvre après une ponction évacuatrice de 100 centimètres cubes, et sous la peau à la dose quotidienne de 60 centimètres cubes pendant six jours.

Les jours suivants, l'état de la femme va toujours en s'aggravant : frissons répétés; dyspnée.

Le 17 mai, le liquide retiré par ponction est hémorragique. Après une agonie de 48 heures, la femme meurt le 21 mai.

Autopsie. — Rien de spécial à l'ouverture de l'abdomen. Utérus gros, mou, à muqueuse très épaisse, à col long, largement ouvert. Annexes paraissant saines. Liquide brunâtre dans les lèvres; nombreuses adhérences au niveau de la plèvre droite. Foyer de congestion pulmonaire à la base du poumon gauche. Liquide dans le péricarde. Foie muscade : dégénérescence graisseuses. Reins gros et blancs.

OBSERVATION 834 DE 1922

I pare, 32 ans. Rupture précoce des membranes à dilatation de 5 fr. — Anomalie de la dilatation. — Mort de l'enfant. — Basiotripsie à dilatation de petite paume, 89 heures après le début du travail. Physométrie constatée au cours de l'extraction. — Délivrance artificielle. — Mort le sixième jour de péritonite purulente.

Dernières règles du 23 au 28 août 1921.

29 mai. — La femme est admise au dortoir de la clinique Baudelocque pour œdème des membres inférieurs, sans albuminurie.

Examen obstétrical à l'entrée au dortoir : tête non engagée. Promontoire accessible. Bonne concavité sacrée. Bassin peu étoffé latéralement.

9 juin, 17 heures. — Début du travail. L'examen pratiqué à la salle de travail permet de constater que la hauteur utérine est de 41 centimètres et que la tête, toujours non engagée, ne déborde pas.

10 juin, 18 heures. — La dilatation est de 5 fr.

11 juin, 14 heures. — Rupture spontanée des membranes. Le liquide est teinté, mais les bruits du cœur sont bons. La dilatation n'a pas progressé, elle est toujours de 5 fr.

12 juin, 16 heures. — Depuis 48 heures, la dilatation est stationnaire (5 fr.). Le col n'est pas œdématié, mais la lèvre antérieure est épaisse. Lors des douleurs, la tête, qui s'est engagée, appuie bien sur le col. T° 38°5. P. 100. Dans la nuit du 12 au 13, les douleurs deviennent moins fréquentes et moins longues (on administre à la femme 1 gr. 50 de quinine en trois prises espacées). Les bruits du cœur sont toujours perçus, mais le liquide amniotique qui s'écoule est fétide. T. 38°9. P. 110.

13 juin, 7 heures. — Les bruits du cœur ne sont plus perçus.

9 heures. — On note une distension marquée de l'abdomen par parésie intestinale. Dilatation petite paume. Le col est épais, mais non œdématié. T. 38°6. P. 110.

Devant ces constatations, M. Povilevicz décide de faire une basiotripsie. Il extrait un fœtus pesant 3.200 grammes. Au cours de l'extraction, issue de gaz très fétides. Délivrance artificielle. Placenta pesant 700 grammes. Le périnée n'est pas réparé, les tissus étant très œdématiés. On place de la bouillie lactique sur la vulve. Glace sur le ventre. Sonde rectale à demeure. Injection sous-cutanée de 60 centimètres cubes de sérum antis-treptococcique.

Suite. — 14 juin. — T. 37°2. P. 92. 60 centimètres cubes de sérum A. S.

15 juin. — T. 38°6. P. 104. 60 centimètres cubes de sérum A. S.

16 juin. — Matin : T. 39°2. P. 120. 60 centimètres cubes de sérum A. S. Soir : T. 40°. P. 120.

17 juin. — Matin : T. 38°4. P. 120. Soir : T. 39°8. P. 140.

18 juin. — Matin : T. 38°3. P. 130.

Au cours de la journée, la femme devient très dyspnéique et on constate qu'elle présente du météorisme abdominal. L'état général est mauvais : teint terreux, lèvres cyanosées. T. 38°6. P. 140.

19 juin, 2 heures. — La femme tombe dans le coma. T. 37°8. Pouls 120, filiforme.

3 heures. — Mort.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve l'estomac et les anses grêles dilatées. Il y a une petite quantité de liquide louche, très fétide dans le péritoine. L'utérus, très mou, présente des zones hémorragiques, mais on ne voit pas d'escharres. La constatation de cette péritonite purulente étant faite, on ne poursuit pas l'autopsie.

OBSERVATION 539 DE 1923

I pare, 28 ans. — Lenteur de la période de dilatation (57 heures).

— Souffrance fœtale nécessitant une application de forceps. —

Après l'extraction, constatation de la physométrie. — Enfant n'ayant pu être ranimé. — Délivrance artificielle. — Suites fébriles. — Complications pulmonaires. — Mort au quarante-quatrième jour.

Gestation ayant évolué normalement.

25 avril, 19 heures. — Début du travail.

21 heures. — Rupture spontanée des membranes. La femme vient à la clinique Baudelocque. L'examen ayant montré qu'il n'y avait rien d'anormal, la femme, après avoir reçu une injection de 30 centimètres cubes de sérum antistreptococcique, est envoyée chez une sage-femme agréée.

27 avril, 8 heures. — La femme est ramenée à la clinique pour élévation de la température : 38°.

Examen : tête engagée. Dilatation 3 fr. Liquide teinté. Bruits du cœur assourdis.

Dilatation petite paume. Col souple. Tête appuyant sur l'orifice cervical. Liquide toujours teinté. Bruits du cœur bien frappés à 144.

28 avril, 4 heures. — T° 38. La dilatation est complète. Il y a un chevauchement marqué des pariétaux sur l'occipital. Le liquide est très teinté et très fétide. Le ralentissement brusque des bruits du cœur, qui étaient auparavant très rapides, décide M. Allard à pratiquer une application de forceps pour souffrance fœtale. La tête est en gauche antérieure mal fléchie. M. Allard pratique cependant une application de forcep très facile : il extrait un enfant pesant 2.700 grammes, dont le cordon infiltré ne présente plus de battements. L'enfant ne peut être ranimé. Après l'extraction du fœtus, issue d'un flot de liquide très fétide et de quelques gaz. Délivrance artificielle. Réfection du périnée (un crin profond, un crin superficiel). Injection sous-cutanée de 30 centimètres cubes de sérum A. S. Glace sur le ventre.

Suites. — Après l'intervention, T. 38°. P. 100. Durant les quatre premiers jours, la température se maintient entre 38°5

et 37°. Le pouls entre 80 et 70. Tous les jours la femme reçoit une injection de sérum A. S.

A la fin de la première semaine, la dose de sérum injecté est de 440 centimètres cubes de sérum A. S.

2 mai. — La femme a plusieurs frissons. T. 39°2 le matin; le soir P. 90.

4 mai. — T. 40°. L'utérus, non douloureux, remonte jusqu'à l'ombilic. Les lochies ne sont pas fétides. Au niveau des piqûres une éruption sérique apparaît.

Les jours suivants, la température se maintient autour de 39°4, pour monter à 40° et même 41° au cours des frissons que la femme éprouve tous les deux ou trois jours. Le pouls est dissocié aux environs de 90, descendant quelquefois au-dessous de 70.

Présence de pus dans les urines, mais aucun point douloureux lombaire ou urétéral.

21 mai. — La température oscille depuis plusieurs jours entre 38°5 et 39°5. Le pouls est entre 80 et 96. On fait un toucher vaginal qui permet de constater que l'utérus remonte à trois travers de doigts au-dessus de la symphyse, qu'il est mobile, non douloureux. Rien aux annexes. Auscultation négative.

Prise de sang pour hemoculture, qui démontra la présence de streptocoques.

23 mai. — La femme n'a pas eu de frisson de la journée. Cependant la température est de 41°. La femme est très fatiguée; son teint est pâle, mais non ictérique. Elle a des sueurs abondantes. Elle ne tousse pas, ne crache pas.

Les jours suivants, l'état est stationnaire; la température décrit de grandes oscillations : le matin 37° et au-dessous, le soir 39°40, le pouls est aux environs de 104.

28 mai. — Reprise de la sérothérapie. Injection de 60 centimètres cubes de sérum A. S., dix minutes après laquelle la femme fait un choc anaphylactique.

29 mai. — Eruption sérique généralisée, avec phlyctènes. T. 36°4-37°, P. 70 et 96.

Le lendemain, la femme se sent beaucoup mieux. T. 37°. P. 88.

1^{er} juin. — L'amélioration persiste. 60 centimètres cubes sérum A. S.

2 juin, 8 heures du matin. — Grand frisson. T. 41; en même temps la femme rejette quelques crachats sanglants, visqueux, adhérents. L'auscultation permet de constater des râles sous-crépitants aux deux bases; de la matité de la base droite avec souffle expiratoire à la pointe de l'omoplate. Injection de 80 centimètres cubes sérum A. S.

Les jours suivants il y a peu de modifications. Les crachats sont examinés, ils contiennent des polynucléaires, des streptocoques et des staphylocoques. Quelques rares pneumocoques

7 juin. — Les râles sous-crépitants ont envahi toute la hauteur du poumon droit.

8 juin. — Les râles ont disparu. Matité de la base droite remontant à deux travers de doigt de l'omoplate. T. 38°3. P. 110.

Au point de matité maxima on fait une ponction exploratrice qui ramène du liquide louche dont l'examen montre une leucocytose assez marquée avec présence de mononucléaires. Microbes rares : cocci en tétrades et quelques chaînettes.

9 juin. — Râles sous-crépitants très nombreux dans les 2/3 inférieurs du poumon gauche. Matité stationnaire à droite. L'état général de la malade est très mauvais : pâleur, dyspnée, cyanose des lèvres. T. 38°4. P. 94.

12 heures. — Prise de sang pour hemoculture qui se montra négative. T. 39°6. P. 100.

18 heures. — Mort.

Opposition à l'autopsie.

OBSERVATION 908 DE 1923

Femme amenée à la clinique six jours après la rupture des membranes. — A son entrée, enfant mort, col dilatable, absence

de contractions utérines douloureuses. T. 37°5. — Pose d'un ballon intra utérin. — Constatacion de physométrie. — Basiotripsie à dilatation de 5 fr.. — Délivrance artificielle. — Mort dix heures après intervention.

Première gestation terminée par un accouchement à la clinique Baudelocque en 1915 (Obs. 597). Forceps en gauche antérieure pour modifications des bruits du cœur. Enfant vivant pesant 2.680 grammes.

Deuxième gestation terminée par un accouchement spontané chez elle en 1919.

Gestation actuelle ayant évolué normalement. Dernières règles du 2 au 5 août 1922.

11 juillet, 10 heures. — La femme, dont les membranes sont rompues depuis six jours, est amenée à la clinique bien qu'elle n'ait pas de contractions utérines douloureuses.

Examen à l'entrée : Hauteur utérine 32 centimètres. Tête en bas. Dos à gauche. Bruits du cœur non perçus. Liquide amniotique fétide, couleur café au lait. Col mou dilatable comme 0 fr. 50. T. 37°5. P. ?

12 heures. — La femme est prise de frissons. T. 39°5. M. Povilevicz décide de poser immédiatement un ballon intra-utérin de 500 grammes. Au cours des manœuvres nécessaires à la pose du ballon, la tête fœtale est déplacée, du liquide et des gaz très fétides s'échappent de l'utérus.

16 heures. — La femme n'a toujours pas eu de contractions utérines douloureuses. Sonorité du fond utérin. Au toucher on constate que la dilatation est de 5 fr. M. Povilevicz décide de faire pratiquer une basiotripsie immédiatement. Opérateur M. Broussin. Extraction facile d'un enfant pesant 2.960 grammes.

Délivrance artificielle. Placenta 350 grammes.

Déchirure latérale du col à gauche ne remontant pas au-delà du cul de sac.

18 h. 30. — Le poulx devient petit et filant; la respiration

s'accélère. Le ventre est souple, l'utérus bien rétracté. Injections de sérum glucosé, d'huile camphrée et de caféine.

Amélioration du pouls; la femme peut répondre aux questions posées.

21 h. 30. — Pouls filant, incomptable. Dyspnée. L'abdomen est toujours parfaitement souple. L'utérus est bien rétracté. Nouvelles injections d'huile camphrée, d'éther et de caféine.

22 heures. — La femme meurt.

Opposition à l'autopsie.

Pronostic maternel

L'étude des 39 cas de physométrie observés en série à la clinique Baudelocque donne une mortalité de 13 sur 39, soit 33 %.

Ces chiffres sont notablement inférieurs à ceux fournis par l'étude de 26 observations publiées dans la littérature (1). Nous avons relevé 18 morts sur 26 cas, soit une mortalité d'environ 69 %.

Ces cas qui, à cause de leurs complications ou de leur évolution fatale, attirèrent l'attention et parurent dignes d'être l'objet d'une publication, ont contribué, croyons-nous, à faire naître l'idée de l'extrême gravité de la physométrie.

L'étude que nous avons faite de cas observés en série nous a convaincus que cette complication de la parturition est d'un pronostic sérieux, mais pas aussi sombre que le veut l'opinion classique.

Dans le but d'établir si possible un pronostic, nous avons étudié les différentes conditions cliniques que nous avons groupées comme suit :

(1) M^{me} HENRY. — *Ann. gyn.* 1893.

(2) FIEUX. Thèse médicale, 25 octobre 1897.

(3) JEANNIN. — Thèse Paris 1902.

(4) ROY. — Thèse Lyon 1919.

- 1° Age ;
- 2° Parité ;
- 3° Pouls et température pendant le travail ;
- 4° Moment de la mort du fœtus (avant ou pendant le travail) ;
- 5° Moment de la rupture des membranes ;
- 6° Durée du travail ;
- 7° Quantité de gaz contenus dans l'utérus ;
- 8° Lésions traumatiques produites au cours des interventions pratiquées par les voies naturelles.

Nous tenons à signaler que, dans l'avenir, les examens bactériologiques apporteront peut-être un élément plus décisif dans l'établissement du pronostic des cas de physométrie.

I. — AGE

Afin de voir si la physométrie avait une évolution différente suivant l'âge de la parturiente, nous avons arbitrairement groupé les femmes en trois catégories :

- 1° Femmes n'ayant pas plus de 25 ans ;
- 2° Femmes ayant entre 25 et 30 ans ;
- 3° Femmes ayant plus de 30 ans.

Le premier groupe réunit sept cas :

- 5 femmes eurent des suites de couches normales ;
- 2 femmes eurent des suites de couches pathologiques.

Le deuxième groupe réunit quatorze cas :

- 5 femmes eurent de suites de couches normales ;
- 3 femmes eurent des suites de couches pathologiques ;
- 6 femmes moururent.

Le troisième groupe réunit dix-sept cas (1).

6 femmes eurent des suites de couches normales ;

4 femmes eurent des suites de couches pathologiques ;

7 femmes moururent.

L'étude de ces groupes nous permet de conclure que la physométrie semble être d'un pronostic moins défavorable chez les femmes jeunes n'ayant pas plus de 25 ans.

II. — PARITÉ

Les 39 observations étudiées au point de vue de la parité se répartissent ainsi :

27 primipares ;

12 multipares	{	6 secondipares ;
		4 III pares ;
		1 V pare ;
		1 VIII pare.

L'étude des suites de couches des 27 primipares montre que

Dans 13 cas (1/2) les suites furent normales,

Dans 7 cas (1/4) elles furent pathologiques (hyperthermie),

Dans 7 cas (1/4) la mort survint.

L'étude des suites de couches des 12 multipares montre que

Dans 3 cas (1/4) les suites furent normales,

Dans 3 cas (1/4) elles furent pathologiques,

Dans 6 cas (1/2) la mort survint.

(1) Dans une observation l'âge de la femme n'est pas mentionnée.

Il semble donc que plus fréquente chez les primipares (bassin limite, lenteur du travail) que chez les multipares, la physométrie est d'un pronostic moins défavorable chez les premières que chez les dernières.

III. — POULS ET TEMPÉRATURE

Pour cette étude, nous avons classé nos observations en trois groupes différant suivant l'évolution du cas.

1^{er} Groupe : cas où les suites furent apyretiques (17 cas).

2^e Groupe : cas où les suites furent fébriles (9 cas).

3^e Groupe : cas ayant abouti à la mort (12 cas).

De l'examen de ces groupes, il ressort que l'étude des rapports du poul et de la température ne semble pas nous fournir de renseignements très précis au point de vue pronostic.

Cependant, nous remarquons que dans le premier groupe de 17 cas à suites simples, il existe presque toujours une relation à peu près normale entre l'élévation de la température et la fréquence du poul; dans deux cas seulement (1159-98 et 453,20) il existe une dissociation très marquée.

En bloc, nous voyons que :

Dans 10 cas, la température est au-dessous de 39°,

Dans 5 cas elle est au-dessus de 39°,

Dans 6 cas, le poul est au-dessous de 120,

Dans 9 cas, il est au-dessus de 120.

Au contraire, dans le troisième groupe de douze observations suivies de mort (1), douze fois la température est au-dessous de 39°.

Pas une seule fois elle ne dépasse 39°.

Une seule fois le pouls est au-dessous de 120.

Onze fois il dépasse 120.

La dissociation du pouls et de la température est donc beaucoup plus marquée que dans le premier groupe.

Du deuxième groupe nous ne disons rien. Sur neuf observations il y en a quatre qui ne nous fournissent aucun renseignement sur ce sujet.

En résumé, et bien que les chiffres que nous publions ne soient pas très démonstratifs, il semble que, en général :

1° L'hyperthermie soit plus marquée dans les cas à évolution favorable que dans les cas à évolution fatale ;

2° Au contraire, l'accélération du pouls est plus marquée dans ceux-ci que dans ceux-là.

Les cas à hyperthermie faible avec l'accélération marquée du pouls semblent devoir être d'un pronostic défavorable.

IV. — MOMENT DE LA MORT DU FŒTUS

Dans nos observations, aucun enfant n'est né vivant (2). Certains étaient morts avant tout début de travail et étaient macérés; d'autres moururent pendant le travail et d'au-

(1) Dans une observation 908 de 1923, le pouls n'a pas été mentionné

(2) M^{me} HENRI cite 2 observations de femmes ayant de la physométrie et ayant accouché d'enfants vivants. (Annales de gynécologie, 1893.

tres, enfin, vivants malgré le développement de la physométrie, moururent au cours de leur extraction par forceps.

Ces derniers cas (Obs. 421 de 1922, 539 de 1923, 275 de 1906, 1375 de 1905) intéressants, puisqu'ils prouvent la possibilité de la vie fœtale, pendant quelques heures, dans un utérus contenant des gaz de putréfaction, ne sont pas assez nombreux pour que nous puissions tirer une conclusion de leur étude. Nous avons donc réuni nos observations seulement en deux groupes cliniques :

1° Enfants morts avant le travail, macérés;

2° Enfants morts au cours du travail.

Le premier groupe comprend sept cas. Une femme mourut deux heures après l'accouchement (état de choc); une autre quitta la clinique en état de septicémie grave probablement suivie de mort; les cinq autres eurent des suites normales.

Dans le deuxième groupe, nous avons réussi vingt et un cas; nous n'avons pas tenu compte des observations incomplètes et de celles où la femme mourût rapidement de lésions traumatiques.

Nous avons réparti ces vingt et un cas en deux catégories différant suivant le moment de la mort du fœtus par rapport à l'évacuation de l'utérus :

a) Cas où l'enfant mourut moins de 20 heures avant l'évacuation de l'utérus :

14 observations : 11 femmes guérissent et 3 seulement moururent d'infection puerpérale ;

b) Cas où l'enfant mourut plus de 20 heures avant l'évacuation de l'utérus :

7 observations : 3 femmes guérissent et 4 moururent d'infection puerpérale.

Dans les cas d'enfant macéré, mort avant tout début de travail, le pronostic a été relativement plus favorable que dans les cas d'enfant mort au cours du travail.

Dans ce dernier groupe l'évolution a été moins défavorable dans les cas d'enfant mort moins de 20 heures avant l'évacuation de l'utérus que dans ceux d'enfant mort plus de 20 heures avant cette évacuation.

V. — MOMENT DE LA RUPTURE DES MÈMBRANES

On trouve dans la littérature quelques cas d'infection amniotique et de physométrie dans des œufs fermés.

Ce sont des faits extrêmement rares. En pratique l'ouverture de l'œuf est nécessaire au développement des infections ovulaires.

Nous avons essayé d'étudier l'influence de la rupture des membranes sur l'évolution des cas de physométrie. Le moment de la rupture considéré par rapport au début du travail ne nous a pas donné de conclusions intéressantes.

Nous avons donc classé nos observations en trois groupes, la base de la classification étant le moment de la rupture des membranes par rapport à l'évacuation de l'utérus.

1^{er} Groupe. — Membranes rompues moins de 30 heures avant l'accouchement (7 observations) :

5 femmes eurent des suites de couches normales;

2 femmes eurent des suites de couches pathologiques (Hyperthermie et Erysipèle).

2° Groupe. — Membranes rompues entre la 30^e et la 60^e heure avant l'accouchement (16 observations) :

6 femmes eurent des suites de couches normales;

4 femmes eurent des suites de couches fébriles;

2 femmes moururent immédiatement après l'accouchement (une rupture de l'utérus, un Porro) ;

4 femmes moururent de complications infectieuses (1/4).

3° Groupe. — Membranes rompues plus de 60 heures avant l'accouchement (13 observations) (1) :

4 femmes eurent des suites de couches normales ;

4 femmes eurent des suites de couches fébriles, dont une quitta la clinique en état de septicémie probablement mortelle. (Obs. 1433 de 1908.)

1 femme mourut immédiatement après l'accouchement (état de choc, obs. 1070 de 1899) ;

4 femmes moururent de complications infectieuses (1/3).

Il y a dans ces trois groupes une proportion croissante de cas à suites fébriles et de cas mortels par rapport aux cas ayant guéri sans complications.

Le pronostic d'un cas de physométrie semble donc être, en général, d'autant plus grave qu'un plus grand nombre d'heures s'est écoulé entre la rupture des membranes et l'évacuation de l'utérus.

(1) Dans 3 observations, il y n'a aucun renseignement concernant la rupture des membranes:

VI. — DURÉE DU TRAVAIL

Certains auteurs (1) ont signalé le rôle important joué par la longue durée du travail dans le développement des infections amniotiques et puerpérales.

Nous avons donc recherché quelle était l'influence de la durée du travail sur l'évolution des cas de physométrie.

Nos observations ont été classées en trois groupes :

1^{er} Groupe. — Durée du travail inférieure à 30 heures (8 observations) :

6 femmes eurent des suites de couches normales;

1 femme eut des suites de couches fébriles;

1 femme mourut le deuxième jour des suites de ses lésions traumatiques (déchirures du vagin communiquant avec le tissu périmrectal). (Obs. 1075 de 1908.)

2^e Groupe. — Durée du travail variant entre 30 et 60 heures (15 observations) :

4 femmes eurent des suites de couches normales;

6 femmes eurent des suites de couches fébriles;

1 femme quitta la clinique en état de septicémie très grave;

1 femme mourut six heures après une opération de Porro;

3 femmes moururent d'infection puerpérale.

La mortalité est donc d'environ 4 sur 15, soit un peu plus du quart.

(1) JEANNIN. — Thèse Paris 1902.

DEMELIN. — Mémoire d'obstétrique 1896.

3^e Groupe. — Durée du travail supérieur à 60 heures (10 observations) (1) :

3 femmes eurent des suites de couches normales;

2 femmes eurent des suites de couches fébriles;

1 femme mourut immédiatement après l'accouchement (état de choc). (Obs. 1070 de 1889).

4 femmes moururent d'infection puerpérale.

La mortalité d'infection atteint donc ici 2/5.

La physométrie semble donc en général évoluer d'autant plus défavorablement que la durée du travail a été plus longue.

VII. — QUANTITÉ DE GAZ CONTENUS DANS L'UTÉRUS

Il s'agit d'une étude purement clinique, car il n'a pas été question de mesurer, au sens propre du mot, ces quantités de gaz.

Nous avons classé nos observations en deux groupes correspondant chacun aux deux grandes formes sous lesquelles nous apparaît la physométrie en clinique :

1^o la forme : grosse physométrie où l'utérus distendu par de nombreux gaz est sonore à la percussion;

2^o la forme : petite physométrie où la présence des gaz, trop peu nombreux pour donner lieu à des signes physiques, n'est constatée que pendant ou après l'extraction du fœtus.

Nous avons ainsi trouvé que sur les 39 cas que nous

(1) Dans 6 observations nous n'avons pas de renseignements concernant la durée du travail.

études, il y avait 29 cas de grosse physométrie et 10 cas seulement de petite physométrie.

L'étude des 29 cas de grosse physométrie nous a montré que :

Dans 16 cas, la guérison survint après des suites apyriques, soit plus de la moitié des cas;

Dans 5 cas, la guérison survint après des suites pathologiques marquées seulement par de l'hyperthermie et de la tachycardie;

Dans 3 cas, la mort survint quelques heures après l'entrée à la clinique : Obs. 1070, 89 (choc. syncope); 909, 08 (suites de Porro); 1228, 12 (rupture utérus);

Dans 5 cas, la mort fut la conséquence de complications dont l'infection amniotique avec physométrie doit être tenue pour responsable : Obs. 916, 06 (septicémie, mort 9^e jour); 2169, 97 (septicémie, mort le 9^e jour); 1951, 20 (septicémie, mort le 4^e jour); 1075, 08 (péritonite, mort le 3^e jour); 908, 23 (septicémie, mort le 6^e jour après rupture membranes).

Cette forme de physométrie nous donne donc une mortalité d'infection puerpérale de 5/29 soit environ 1/6.

L'étude des dix cas de petite physométrie nous a montré que :

Dans 2 cas les suites furent normales;

Dans 3 cas les suites furent pathologiques, il y eut un érysipèle et une septicémie peut-être mortelle (Obs. 570, 1908; 1433, 1908);

Dans 5 cas, il y eut mort par infection puerpérale. Obs. 539, 23 (septicémie, mort le 44^e jour); 938, 20 (septicémie, érysipèle de la face, mort le 11^e jour); 421, 22 (pyohémie,

mort le 67^e jour); 834, 22 (péritonite purulente, mort le 5^e jour); 1038, 10 (septicémie, hémorragie due à chute escharre, mort le 7^e jour).

La mortalité par infection puerpérale atteint dans cette forme 1/2 des cas.

Ces chiffres concernant la mortalité par infection 1/2 pour les petites physométries et 1/6 seulement pour les grosses), montrent combien les apparences sont trompeuses. Le pronostic des grosses physométries avec leur cortège de symptômes très particuliers et quelquefois impressionnants, n'est pas plus défavorable que celui des petites physométries : peut-être même est-il moins défavorable.

VIII. — INFLUENCE DES LÉSIONS TRAUMATIQUES

Dans quatorze observations (1), nous avons trouvé mentionnées des lésions traumatiques :

Dans 4 cas, il y eut des suites apyrétiques. Obs. 1775, 09 (excoriations vulvaires); 453, 20 (déchirure bilatérale du col); 735, 21 (déchirure bilatérale du col); 124, 14 (déchirure du col suturée au catgut).

Remarquons que sur ces quatre cas, le col fut trois fois le siège de la lésion.

Dans trois cas, la guérison survint après des suites hyperthermiques, mais sans complications graves.

Dans sept cas, il y eut mort par complications infectieuses survenues plus de trois jours après l'accouchement.

(1) Dans l'ob. 904 de 1923, la lésion traumatique n'a pu avoir la moindre influence sur l'évolution du cas.

Dans ces sept cas, nous remarquons qu'il y eut :

- 1 fois des plaies vaginales;
- 1 fois une déchirure superficielle du périnée, non réparé en raison de l'œdème ;
- 1 fois une plaie du segment inférieur;
- 1 fois une languette de col pincée contre la symphyse ;
- 3 fois il y eut association de déchirures du col et de lésions vaginales ou périnéales.

De la comparaison de ces sept observations avec celles des femmes qui ont guéri normalement, on peut émettre l'idée de la relative bénignité des lésions purement cervicales, consistant en déchirures à bords nets et n'atteignant pas le segment inférieur.

A cette bénignité s'oppose la gravité des lésions diffuses, contondantes, atteignant, simultanément le plus souvent col, vagin et périnée.

La mortalité chez les femmes présentant de la physométrie et chez lesquelles on cause des lésions traumatiques serait de la $1/2$.

Si nous étudions la mortalité des femmes ayant eu des lésions traumatiques par rapport à la mortalité générale de notre statistique, nous voyons que sur 13 femmes mortes :

3 sont mortes immédiatement après l'accouchement (une rupture utérine : obs. 1228 de 1892; une syncope : obs. 1070 de 1889 ; un choc opératoire après Porro pour fibrome praevia : obs. 909 de 1908);

3, sans lésions traumatiques, sont mortes de complications infectieuses (Obs. 938 de 1920 et 539 de 1923. 908 de 1923) ;

7, présentant des lésions traumatiques, sont mortes de complications infectieuses :

3 péritonites (Obs. 1075 de 1908; 1038 de 1911; 834 de 1922);

3 septicémies (Obs. 916 de 1906; 2169 de 1897; 1951 de 1920);

1 pyohémie (Obs. 421 de 1922).

Par rapport à la mortalité globale 7 femmes sur 13 présentaient des lésions traumatiques.

Par rapport à la mortalité par complications infectieuses 7 femmes sur 10 présentaient des lésions traumatiques.

Ces chiffres soulignent le rôle énorme joué par les lésions traumatiques dans l'apparition de complications infectieuses, au cours des suites de couches de femmes ayant présenté de la physométrie.

Conduite à tenir

En face d'un cas de physométrie bien caractérisé, il y a deux indications formelles à remplir :

- 1° Evacuer l'utérus rapidement;
- 2° Evacuer l'utérus sans causer de lésions traumatiques chez la mère.

Première indication. — Evacuer l'utérus rapidement.

Sur les 65 cas parvenus à notre connaissance (Clinique Baudelocque 1890 à 1923 et littérature) nous avons relevé une seule observation (Obs. 999 de 1895) où l'expulsion spontanée de l'enfant eut lieu huit heures après la constatation clinique de la physométrie.

Il faut donc extraire l'enfant, puisque dans l'immense majorité des cas, l'utérus frappé d'impotence fonctionnelle, est incapable de l'expulser. Cette extraction doit être pratiquée dans le délai le plus bref, car l'attente ne ferait que favoriser l'apparition de complications : rétraction de l'utérus sur le fœtus, infiltration du fœtus par les gaz, généralisation de l'infection qui est locale au début.

Deuxième indication. — Evacuer l'utérus sans causer de lésions traumatiques chez la mère.

L'étude que nous avons faite de l'influence des lésions

traumatiques sur l'évolution des cas de physométrie nous a montré dans quelles importantes proportions elles assombrissent le pronostic.

Cette indication devra être présente à l'esprit de l'opérateur quand il fera choix de la méthode à employer pour évacuer l'utérus.

Deux méthodes s'offrent à lui :

1° La méthode obstétricale qui a pour but d'extraire l'enfant par les voies naturelles.

C'est à cette méthode qu'il faudra recourir dans ces circonstances cliniques suivantes :

a) Dilatation complète ou col souple permettant d'arriver rapidement à une dilatation suffisante pour extraire l'enfant, après réduction instrumentale, sans causer de lésions traumatiques;

b) Utérus non rétracté sur le fœtus, et ne présentant pas d'anneaux de contracture.

2° La méthode chirurgicale, qui a pour but d'extraire l'enfant par la voie abdominale.

C'est à cette méthode qu'il faudra recourir dans les circonstances cliniques suivantes :

a) Impossibilité de dilatation du col sans déterminer de déchirures (sténose cicatricielle, tumeur praevia, diaphragme vaginal inséré sur le col) ou dilatation insuffisante d'un col œdématié;

b) Utérus rétracté sur le fœtus et présentant des anneaux de contracture;

c) Gravité de l'état de la mère (hypothermie, frissons,

lésions traumatiques causées au cours de tentatives intempestives d'extraction).

Les techniques opératoires, les plus employées jusqu'ici de la méthode chirurgicale, sont :

1^o L'hystérectomie en bloc, sans ouverture préalable de l'utérus, si l'enfant est mort;

2^o La césarienne, suivie d'hystérectomie ou de Porro (opération plus rapide, moins choquante pour les femmes dans un état très grave).

*
**

Dans les cas exceptionnels où l'enfant est vivant (toute autre circonstance clinique mise à part), l'opérateur se trouve donc devant le dilemme suivant :

Avoir un enfant vivant en faisant une césarienne suivie d'hystérectomie (sacrifice de l'utérus de la mère à l'enfant),

Ou faire courir à l'enfant le risque, presque à coup sûr mortel, d'une extraction par les voies naturelles (sacrifice de l'enfant à l'utérus de la mère).

Problème difficile en présence duquel il n'est pas aisé de prendre une décision; aussi certains auteurs ont-ils cherché des techniques opératoires permettant de conserver, après section césarienne, un utérus infecté.

A notre connaissance, deux opérations ont été pratiquées dans ce but :

a) Opération césarienne suspubienne, extra-péritonéale;

b) Opération récemment pratiquée trois fois à la clinique Baudelocque par M. Portes, chef de clinique.

La première observation de M. Portes, concernant une femme opérée par lui, à la Maternité, avec l'autorisation de M. Demelin, a fait l'objet d'une communication à la Société d'obstétrique (séance du 10 mars 1924). Nous reproduisons le résumé de cette communication :

EXTÉRIORISATION DE L'UTÉRUS POUR INFECTION AMNIOTIQUE. —

M. Portes. Il s'agit d'une femme de 21 ans, secondipare. A son entrée, la tête est élevée, le col présente une dilatation de un franc, pas de début de travail. Dès le début du travail se produit une infection amniotique, l'enfant souffre. Après 24 heures, le poulx est à 168, facies grippé, l'enfant est encore vivant.

Sous anesthésie générale, on extériorise l'utérus et on ferme la paroi avec des fils de bronze ; puis ouverture de l'utérus : il y a de l'infection ovulaire, mais la muqueuse semble saine. Suture utérine à la soie avec quelques points en U au catgut.

Pendant 34 jours, l'utérus et les annexes sont restés extériorisés. La cicatrice utérine suppura et s'élimina en masse, mais la muqueuse ne fut pas intéressée. On fit avec succès une suture secondaire de la plaie musculaire. Après 34 jours, l'utérus fut réintégré dans l'abdomen, très simplement. Il n'y avait aucune adhérence.

Le retour de couches a été normal, l'enfant est vivant et la femme en excellent état local et général.

Ce sont là des techniques récentes dont il n'est pas encore possible d'apprécier définitivement la valeur, mais qui semblent autoriser de sérieuses espérances.

La Délivrance chez les Femmes présentant de la Physométrie

Nous n'avons pas développé dans le chapitre de la conduite à tenir les différentes opérations de la méthode obstétricale; elles ont été fort bien étudiées dans la thèse de Mallet (Paris, 1908-1909).

Nous désirons seulement discuter ici la conduite à tenir pendant la période de délivrance.

Dans toutes les observations relevées, tant à la clinique Baudelocque que dans la littérature, la délivrance artificielle a été pratiquée aussitôt après l'extraction de l'enfant.

Nous soumettons à la méditation et à l'expérimentation des opérateurs l'essai de la délivrance naturelle. Nul n'ignore que, pratiquée aussitôt après l'extraction du fœtus, alors que les contractions utérines n'ont pas encore eu le temps de se produire et, par conséquent, de décoller le placenta, la délivrance artificielle est forcément la cause de nombreux traumatismes au niveau de la nruqueuse utérine; ces traumatismes peuvent créer des lésions qui seront un terrain très favorable à l'extension de l'infection.

Nous proposons donc que la délivrance artificielle ne soit pas systématiquement pratiquée.

Chez une femme dont l'utérus était encore capable de se contracter au moment de l'intervention et chez laquelle l'anesthésie a été de courte durée, on a le droit, croyons-nous, d'attendre une délivrance spontanée.

Chez les femmes ayant un état général grave, chez lesquelles l'impotence fonctionnelle de l'utérus paraît complète, il ne faut pas se laisser endormir par le désir d'extraire rapidement ce placenta en voie de putréfaction. Il ne faut pas oublier que la délivrance artificielle est une intervention à la suite de laquelle les états de choc très graves sont à craindre, surtout chez les femmes fatiguées par un long travail.

Crainte de l'état de choc, crainte des traumatismes intra-utérins favorables à la propagation de l'infection, ce sont deux raisons sérieuses pour différer la délivrance artificielle et pour donner à la femme une chance, si petite soit-elle, d'avoir une délivrance spontanée.

Conclusions

1° Dans les cas de physométrie, le pronostic maternel est sérieux : 33 % de morts.

2° Les circonstances cliniques suivantes sont des éléments de pronostic relativement favorables :

- a) Jeunesse de la parturiente;
- b) Primiparité;
- c) Non dissociation de la température et du pouls;
- d) Mort du fœtus avant le début du travail;
- e) Court laps de temps entre la rupture des membranes et l'apparition de la physométrie;
- f) Courte durée du travail;
- g) Absence de lésions traumatiques.

3° Le pronostic des grosses physométries n'est pas plus défavorable que celui des petites; peut-être même est-il moins défavorable.

4° Deux indications dominent la conduite à tenir :

- a) Evacuer l'utérus rapidement ;
- b) Evacuer l'utérus sans causer de lésions traumatiques.

5° Pour réaliser ces indications, il y a lieu de choisir entre deux méthodes :

- a) La méthode obstétricale;
- b) La méthode chirurgicale.

L'état de l'utérus, le degré de dilatation, l'état général de la mère, sont les principaux éléments qui aideront à déterminer le choix de la méthode.

6° Dans la méthode obstétricale, la délivrance artificielle ne sera pas systématiquement pratiquée : il n'y aura lieu de la faire que sur indications précises : hémorragie au non décollement du placenta.

Vu, le Doyen,

ROGER.

Vu, le Président,

COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris :

APPELL.

Bibliographie

- BARON. — Hystérectomie totale en un temps pour putr. foetale avec physométrie. (*Bourgogne Médicale*, 1910.)
- CHATELAIN. — De la putr. foetale intra-utérine. (Th. Paris, 1882.)
- COUVELAIRE. — Hystérectomie supra-vaginale sans évacuation préalable de l'utérus aux environs du terme. (*Ann. gynéc. et obstét.*, avril 1910, p. 705.)
— Basiotripsie ou hystérectomie. (*Revue pratique d'obstétr. et de pédiatrie*, octobre 1907.)
- COUVELAIRE, PINARD, SEGOND. — *Ann. gynéc. et obst.*, décembre 1906 (Obs.).
- CRÉMIEU. — Résultats des opérations de Porro. (Th. Paris, 1907.)
- DEMELIN. — Infections amniotiques. (*Revue et mémoires d'obstétrique*, 1896.)
- FIEUX. — Trois cas de physométrie. (*Presse Médicale*, 25 octobre 1897.)
- HENRY (M^{me}). — De la physométrie pendant le travail avec ou sans putréfaction du fœtus. (*Annales de gynéco.*, 1893, n° 1.)
- JEANNIN. — Etiologie et Pathogénie des infections puerpérales putrides. (Th. Paris, 1902.)
- MALLET. — Conduite à tenir dans les cas de physométrie. (Th. Paris 1908.)
- PINARD. — Dict. encycl., art. fœtus, 1878.

PORTES. — Soc. d'obstétrique, Paris, séance du 10 mars 1924.
(Obs.).

POTOCKI. — Fœtus putréfié dans un utérus fixé par des adhérences périmétritiques. (*Ann. de gynéco. et d'obstétrique*, 1920, n° 1.)

ROY. — De la putréfaction fœtale in utero avec physométrie.
(Th. Lyon, 1919.)

TRILLAT ET DUJOL. — Soc. d'obstétrique. Lyon, séance du 20 juin 1910. (Obs.).

VARNIER. — Obstétrique journalière (pp. 304 et 368).

